

Troubles sexuels chez le patient Hémodialysé

Sexual disorder in hemodialysis patients

Lobna Aribi¹, Rim Masmoudi¹, Asma Ben Houidi¹, Fadwa Charfeddine¹, Faïçal Jarraya², Jamil Hachicha², Othman Amami¹

1 : Service de Psychiatrie « B » - 2 : Service de néphrologie
Centre Hospitalo-universitaire de SFAX

RÉSUMÉ

Objectifs : Identifier les troubles sexuels, évaluer leur prévalence et déterminer les différents facteurs pouvant intervenir dans leur survenue chez les patients sous hémodialyse depuis au moins 6 mois.

Patients et méthodes : Etude transversale descriptive et analytique portant sur 50 patients, réalisée à l'unité de dialyse du service de néphrologie du centre hospitalo-universitaire Hédi Chaker à Sfax (Tunisie), sur une période de trois mois allant du premier juin au 30 août 2012.

Les données ont été recueillies à partir d'un questionnaire et des échelles d'évaluation psychiatrique : L'échelle de « l'Hospital Anxiety and Depression Scale » (HADS) pour évaluer l'anxiété et la dépression et l'échelle « Le Kidney Disease Quality of Life » (KDQoL) pour évaluer la qualité de vie.

Résultats : L'âge moyen était de 51,2 ans. L'ancienneté de l'hémodialyse était en moyenne de 6,73 ans. Après le début de l'hémodialyse, 26% des patients étaient inactifs sur le plan sexuel et 62% ont rapporté une diminution de leur activité sexuelle. La prévalence des troubles sexuels était de 86,48%. Ces troubles sexuels étaient corrélés positivement à l'âge supérieur ou égal à 55 ans, aux antécédents personnels médicaux, à certaines données de la néphropathie et à un délai d'hémodialyse supérieur ou égal à 1 an. Ces troubles sexuels étaient aussi corrélés à la dépression, à l'anxiété et à l'altération de la qualité de vie.

Conclusion : La prévalence des troubles sexuels chez les sujets hémodialysés est élevée avec de nombreux facteurs impliqués dans leur survenue. Une collaboration entre néphrologues, psychiatres et sexologues avant la mise en dialyse, nous semble indispensable.

Mots-clés

Hémodialyse – Troubles sexuels – Anxiété – Dépression – Qualité de vie.

SUMMARY

Objectives : To identify the sexual problems, to assess their prevalence and to determine the various factors involved in their occurrence in patients on hemodialysis for at least 6 months.

Patients and methods: Fifty hemodialysis patients consulting in the dialysis unit of the nephrology department of the University Hospital Hédi Chaker of Sfax (Tunisia), during the period from 1 June to 30 August 2012, were included in this study.

The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was used to evaluate anxiety and depression. The patients' quality of life was assessed by Kidney Disease Quality of Life » (KDQoL).

Results: Patients' mean age was 51.2 years. The average of hemodialysis period was 6.73 years. After the beginning of hemodialysis, 26% of patients were sexually inactive and 62% reported a decrease of their sexual activity.

The prevalence of sexual dysfunction was 86.48%. Mean age of 55 years or greater was significantly correlated with risk of sexual disorders. These disorders were also positively correlated with personal medical history, some nephropathy data, a hemodialysis period greater than or equal to 1 year, depression, anxiety and impaired quality of life.

Conclusion : The prevalence of sexual dysfunction in hemodialysis patients is high and many factors were involved in their occurrence. A collaborative effort between nephrologists, psychiatrists and sexologists before dialysis, seems to be essential.

Key- words

Hemodialysis – Sexual Disorders – Anxiety – Depression – Quality of Life.

L'insuffisance rénale chronique (IRC), maladie lourdement handicapante, est caractérisée par la perte des fonctions vitales des reins. À un stade avancé, un traitement de substitution s'impose : « la greffe » ou « la dialyse ».

Cette dernière et plus particulièrement l'hémodialyse représente un poids important pour la société par son coût élevé et du fait du nombre croissant des patients atteints d'IRC nécessitant ce moyen thérapeutique. Plus d'un million et demi de patients dans le monde, dont près de 34 000 patients en France en 2009 [1], 7850 au Maroc en 2010 [2] et 16 000 en Algérie en 2012 [3], sont sous dialyse.

La Tunisie n'échappe pas à cette tendance mondiale, selon les estimations de 2008 : 7580 patients en Tunisie (soit 734 par million d'habitants) sont traités par hémodialyse aussi bien au secteur public que privé [4].

Certes, l'hémodialyse a changé favorablement le pronostic des insuffisants rénaux chroniques. Cependant, en plus du fardeau de la maladie rénale, cette thérapeutique lourde fragilise l'équilibre psychique des sujets et a plusieurs répercussions sur les différents aspects de la vie de ces patients. La sexualité est l'un des domaines les plus touchés.

Nous nous proposons dans ce travail d'identifier les troubles sexuels, évaluer leur prévalence et déterminer les différents facteurs pouvant intervenir dans leur survenue chez les patients sous hémodialyse depuis au moins 6 mois.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique réalisée à l'unité de dialyse du service de néphrologie du centre hospitalo-universitaire Hédi Chaker à Sfax (Tunisie). Cette étude s'est étalée sur une période de trois mois allant du premier juin au 30 août 2012.

Notre population d'étude est constituée de 50 patients atteints d'IRC au stade d'hémodialyse. Les patients sous dialyses péritonéales ont été exclus. Les critères d'inclusion étaient : être dialysé depuis au moins 6 mois au moment de l'évaluation, avoir plus de 18 ans et être informé par le médecin traitant de l'objectif de l'étude.

Les données ont été recueillies à partir d'un questionnaire et des échelles d'évaluation psychiatrique : L'échelle de « l'Hospital Anxiety and Depression Scale » (HADS) et l'échelle « Le Kidney Disease Quality of Life » (KDQoL).

Le questionnaire a été passé de façon individuelle et confidentielle lors de la séance d'hémodialyse et comportait 30 items concernant : les caractéristiques générales de la population étudiée, les données concernant l'hémodialyse (ancienneté, nombre de séances par semaine, durée de la séance,....) et les caractéristiques de la sexualité (la sexualité avant et après le début de l'hémodialyse, l'âge de début des troubles sexuels et leur délai par rapport à l'initiation de l'hémodialyse, leurs natures, leurs causes, la réaction du conjoint vis-à-vis de ces troubles).

Pour l'évaluation psychiatrique, nous avons opéré au choix de deux instruments de mesure : L'échelle « HADS » pour évaluer l'anxiété et la dépression et l'échelle « KDQoL » pour évaluer la qualité de vie. Le KDQoL [5,6,7] est un auto questionnaire spécifique aux patients sous dialyse comportant 43 questions fermées qui sont regroupées en 11 dimensions : symptômes et problèmes de santé, effets de la maladie rénale, fardeau de la maladie rénale, statut professionnel, fonction

cognitive, qualité de l'entourage, qualité de l'activité sexuelle, sommeil, relations amicales et familiales, encouragements reçus de l'équipe de dialyse et satisfaction des patients.

Les scores sont cotés de 0 à 100. Le score seuil était de 66,7 au dessous duquel, une qualité de vie est dite altérée [8, 9]. Un score moyen est calculé pour chaque dimension (SMD) permettant d'identifier les dimensions les plus touchées [9].

La saisie des données et l'analyse statistique ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) dans sa 17^{ème} version.

L'étude comparative des variables qualitatives s'est basée sur le test de Chi-Deux de Pearson remplacé par le test exact de Fisher si effectif théorique inférieur à 5. Le seuil de significativité retenu était de 5%.

RÉSULTATS

• Etude descriptive :

• *Caractéristiques sociodémographiques :*

Notre population était constituée de 25 hommes et de 25 femmes. Leur âge variait entre 25 ans et 78 ans. La moyenne d'âge était de 51,2 ans. Vingt pour cent des patients étaient âgés de plus de 55 ans. Soixante quatre pour cent de notre population étaient mariés et quatre vingt quatre pour cent étaient en invalidité de travail à cause de la maladie.

Après le début de l'hémodialyse, seules 8 personnes avaient conservé une activité professionnelle. Soixante quinze pour cent de la population active (24 cas) avaient passé en invalidité.

Plus que la moitié (56%) des hémodialysés avaient un niveau socio-économique bas et habitaient à plus de 20 km du centre d'hémodialyse.

Les antécédents (ATCDS) médicaux présents chez 70% de notre effectif, se répartissaient par ordre de fréquence décroissante comme suit : hypertension artérielle (30%), diabète (24%), affections rhumatologiques et systémiques (20%), ulcère gastrique (12%) et hypothyroïdie (4%).

• *Données sur l'hémodialyse :*

L'étude a révélé une néphropathie causale de nature indéterminée dans 48 % des cas, d'origine diabétique dans 10% des cas et d'origine hypertensive dans 18% des cas. La durée d'évolution de la néphropathie variait entre 6 mois et 35 ans avec une moyenne de 11,6 ans. L'ancienneté de l'hémodialyse était en moyenne de 6,73 ans. La majorité de nos patients (soit 82%) bénéficiaient de séances d'hémodialyse à raison de 3 fois par semaine. La durée des séances était de 4 heures dans 92% des cas. La qualité du suivi était bonne dans 86 % des cas.

• *Données sur la sexualité :*

La fréquence des rapports sexuels chez nos patients avant le début de l'hémodialyse était en moyenne de trois fois par semaine. La sexualité était qualifiée comme « satisfaisante » par la majorité de l'échantillon (90%).

Après le début de l'hémodialyse, la fréquence hebdomadaire moyenne des rapports sexuels était de 0,46 (avec des extrêmes variant entre 0 et 3), 26% des patients était inactifs sur le plan sexuel et 62% ont rapporté une diminution de leur activité sexuelle.

Parmi les patients actifs sexuellement (74%), 45,94% décrivait leur vie sexuelle comme « non satisfaisante ». Le délai moyen d'apparition des troubles sexuels était de 4,8 mois après le début de l'hémodialyse.

Ces difficultés sexuelles ont débuté de façon contemporaine au début de l'hémodialyse dans 47,7% des cas et dans un délai de 6 mois à 2 ans dans 52,3% des cas.

Dans notre série, parmi les 37 patients actifs sexuellement (74%), 32 patients ont des troubles sexuels, soit une prévalence de 86,48% avec une légère prédominance masculine (94,11% versus 80%).

La principale cause signalée par presque la totalité des patients était l'asthénie (93,18%). Les autres causes étaient par ordre de fréquence décroissante : la douleur (64,44%) ; la sensation de transformation corporelle (52,27%) et la prise médicamenteuse (42,22%).

Les différents troubles sexuels observés chez nos patients étaient par ordre de fréquence décroissante : baisse de la libido (72,72%), baisse du plaisir (60%), et anorgasmie (6,8%).

Chez les sujets de sexe masculin, ces troubles sexuels étaient de type: dysfonction érectile (65,21%), baisse de la libido (56,52%), baisse du plaisir (43,47%), troubles de l'éjaculation dans 21,73% des cas et anorgasmie dans 8% des cas.

Chez les femmes, les différents troubles sexuels observés étaient : baisse du plaisir (76,19%), baisse de la libido (47,61%), dyspareunie (47,61%) et sécheresse vaginale dans 19,04%. Aucune femme n'avait signalé qu'elle présentait une anorgasmie.

• *Couples et informations sexuelles :*

Face à ces dysfonctions sexuelles, le conjoint était considéré compréhensif dans 56,9% et gêné dans 43,1 des cas. Le dialogue à propos de la sexualité était absent chez 72,72% des couples. La majorité des patients (81,81%) n'ont pas abordé le sujet de leurs difficultés sexuelles avec leurs médecins traitants. Pour ceux qui en avaient parlé auparavant à leurs médecins, la qualité de l'information fournie était jugée satisfaisante dans les 2/3 des cas.

• *Évaluation de l'anxiété et de la dépression :*

Plus de la moitié de notre population (56%) présentaient une anxiété dont 32,14% des cas d'anxiété majeure. La dépression était présente chez 34% des patients. Elle était modérée dans 64,70% des cas et sévère dans 35,26% des cas. La comorbidité anxiété et dépression sévère était observée chez 13 patients (26%).

L'anxiété et la dépression étaient observées plus fréquemment chez les femmes (respectivement 60% et 40%) que chez les hommes (respectivement 52% et 28%).

• *Évaluation de la qualité de vie :*

Le score moyen global (SMG) du KDQoL variait entre 20,44 et 79,18 avec une moyenne de 40,2. Quatre-vingts quatorze pour cent des patients avaient une qualité de vie altérée (SMG < 66,7). Les dimensions les plus altérées étaient : le statut professionnel, le fardeau de la maladie rénale, la qualité de l'activité sexuelle et les effets de la maladie rénale. Les dimensions les plus conservées étaient les relations amicales et familiales et la qualité de l'entourage (Tableau 1).

Tableau 1 : Scores du KDQoL en fonction des dimensions explorées

Dimensions spécifiques	Minimum	Maximum	Moyenne
Symptômes et problème de santé	17,35	72,78	42,7
Effet de la maladie rénale	13	52	32,25
Fardeau de la maladie rénale	6	54	28,63
Statut professionnel	0	45	11
Fonction cognitive	22,7	85	53,72
Qualité de l'entourage	31,5	100	68,3
Qualité de l'activité sexuelle	0	78,6	29,7
Sommeil	41	95	54,6
Relation amicale et familiale	57	92,66	72
Encouragement reçu par l'équipe médicale	21	100	46,3
Satisfaction du patient	15,33	100	42,7
SMG	20,44	79,18	40,2

• *Etude analytique :*

Les facteurs corrélés aux troubles sexuels chez les malades dialysés sont exposés dans le tableau 2.

Tableau 2 : Facteurs corrélés aux troubles sexuels chez les malades dialysés.

Hémodialysés		Dysfonction sexuelle (%)		P
		Oui	Non	
Age	55 ans	100	0	p=0,001
Niveau socioéconomique bas		89,28	10,71	p=0,027
ATCDS somatiques personnels		94,28	5,71	p=0,043
Origine de la néphropathie	diabétique	92,3	82,22	p=0,004
	hypertensive	88,23	71,11	
Durée d'évolution de la néphropathie	5 ans	95,65	81,81	p=0,007
Délai de l'hémodialyse	1 an et demi	93,75	83,33	p=0,04
Dépression	Oui	94,11	23,52	p=0,009
	Non	73,33	80	
Anxiété	Oui	92,85	22,72	P=0,007
	Non	90,90	60	
SMG 45		100	0	P=0,001
D11: fardeau de la maladie				P=0,002
D10 : effet de la maladie rénale				P=0,0034
D 9 : symptômes et problèmes de santé				P=0,032

DISCUSSION

• *Etude descriptive :*

• *Limites de l'étude :*

Les principales limites inhérentes à cette étude sont :

- la taille réduite de l'échantillon : Les sujets célibataires, veufs ou veuves n'ayant pas de partenaires sexuels et les sujets sous dialyse péritonéale ont été exclus de cette étude.

- l'absence de groupe témoin.

- Pour l'évaluation de la sexualité, nous avons opté pour une fiche comportant différents items et dont les réponses étaient fournies par les patients de manière subjective.

Dans la littérature, plusieurs études ont utilisé des échelles permettant une évaluation objective tel que le IIEF15 : « Évaluation par l'index international de la fonction érectile et de la fonction sexuelle » [10, 11,

12, 13, 14] et le FSFI : « The Female Sexual Function Index » pour évaluer les dysfonctions sexuelles chez les sujets de sexe féminin [8, 15].

• *Données sur la sexualité après hémodialyse :*

• *Prévalence des troubles sexuels :*

Dans notre série, la prévalence des troubles sexuels était de 86,48%. Cette haute prévalence était observée aussi bien chez les hommes (94,11%) que chez les femmes (80%). Des résultats proches ont été aussi rapportés dans la littérature [5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 16]. Les dysfonctions sexuelles masculines sont multipliées par dix chez les sujets dialysés par rapport à ceux insuffisants rénaux chroniques non encore au stade d'hémodialyse [17].

• *Caractéristiques des troubles sexuels :*

Après le début de l'hémodialyse, 62% des patients avaient rapporté une diminution de leurs activités sexuelles, 45,94% décrivaient leurs vies sexuelles comme non satisfaisantes et 26% ont arrêté leur activité sexuelle. Ces résultats étaient nettement inférieurs à ceux retrouvés par certaines études occidentales où l'insatisfaction sexuelle variaient entre 60 et 70% [6, 12, 17]. Ne s'agit-il pas d'une réticence de la part de nos patients ?

Selon Fleury D. [17], quels que soient l'âge et le sexe, 65 % des patients dialysés ne sont pas satisfaits de leur relation sexuelle, et 40 % ont cessé toute activité sexuelle.

Presque la moitié de notre population (47,7%) ont signalé que leurs difficultés sexuelles ont débuté de façon contemporaine au début de l'hémodialyse. Pour les autres, ces difficultés étaient apparues après un délai moyen de 5 mois. Nos résultats rejoignent ceux rapportés par la littérature. En effet, selon certaines études [6, 13, 18], les difficultés sexuelles apparaissent dans 55% à 77 % des cas juste après le début de l'hémodialyse.

Pour Avakoudjo [13], les difficultés sexuelles même si elles avaient débuté avant le début de l'hémodialyse, elles s'aggravaient dans près des deux tiers des cas au décours des séances d'hémodialyse.

• *Causes des troubles sexuels :*

Quel que soit le sexe, la principale cause attribuée aux difficultés sexuelles, signalée par presque la totalité des nos patients était l'asthénie physique soit 93,18%. Les autres causes étaient par ordre de fréquence décroissante : la douleur (64,44%), la sensation de transformation corporelle (52,27%) et la prise médicamenteuse (42,22%).

• L'asthénie physique presque constante chez nos patients pourrait être due à plusieurs facteurs tels que l'anémie, l'urémie [7, 10] et certains traitements, tels que les traitements antihypertenseurs fréquemment utilisés chez les sujets hémodialysés [19]. La fréquence hebdomadaire des séances d'hémodialyse et les déplacements réguliers nécessaires peuvent être eux-mêmes responsables d'une sensation de fatigue [20].

Ce sentiment de fatigue exprimé par la majorité de nos patients était fréquemment retrouvé chez les sujets dialysés [21, 22]. L'asthénie se manifeste durant les heures suivant la séance et atteint selon les études de Mercus MP. [23] et de Weisbord SD [21] des prévalences respectives de 82 % et 69 %.

• La douleur était la seconde étiologie signalée par nos patients

(64,44%). Nos résultats sont en accord avec ceux de la littérature (soit 50 à 60%) [24, 25, 26].

Cette douleur est expliquée par les complications ostéoarticulaires, cardiovasculaires, digestives et traumatiques fréquentes chez cette population [25].

• La sensation de transformation corporelle a été notée chez 52,27% des hémodialysés (soit 71% des hommes et 33,33% des femmes). Cette étiologie pourrait être expliquée par la présence de gynécomastie [6, 27] et par une image corporelle elle-même atteinte par les agressions physiques à cause de la fistule artério-veineuse [22].

• La prise médicamenteuse a été notée chez 42,22% des cas. Des résultats proches ont été rapportés par la littérature. En effet, certains traitements de l'IRC pourraient engendrer des difficultés sexuelles en particulier les antihypertenseurs et les hypolipémiants [28].

• *Nature des troubles sexuels :*

Chez les hommes : Excepté les troubles du plaisir, nos résultats rejoignent ceux rapportés par la littérature avec des prévalences respectives : entre 50 et 90% pour la dysfonction érectile [5, 13, 15, 22, 27, 29, 30], entre 40 et 50% pour la baisse de la libido et entre 20 à 40% pour les troubles de l'éjaculation [5, 12, 13, 30, 31].

• La dysfonction érectile touchant deux tiers des hommes (65,21%), est fréquente chez les patients insuffisants rénaux [12, 32, 33]. Elle est d'origine multifactorielle : organique et psychique [12, 32]. Selon des études françaises publiées en 2005 [27, 34], la fréquence de la dysfonction érectile (DE) au sein de cette population était très nettement supérieure à celle retrouvée dans la population générale.

• La baisse de la libido était présente chez plus de la moitié des cas (56,52%).

Cette prévalence élevée a été aussi retrouvée dans plusieurs études [5, 11, 35]. Cette baisse de la libido pourrait être expliquée en partie par un déficit en hormones sexuelles et par l'effet inhibiteur du désir sexuel de certains médicaments tel que les antihypertenseurs et les hypolipémiants [28]. Certains auteurs ont souligné que ce sont les causes psychologiques qui ont le plus de retentissement sur la baisse de la libido [7, 11].

• Les troubles du plaisir sexuel : allant de la baisse du plaisir à l'anorgasmie, étaient présents chez 43,47% des sujets de sexe masculin. Ce résultat était supérieur à ceux retrouvés dans la littérature [5, 7, 11]. Selon ces études, la fréquence des troubles de l'orgasme varie entre 15 et 20 %.

• Les troubles de l'éjaculation : à type d'éjaculation précoce ou absence d'éjaculation étaient retrouvés chez 21,73%. Ce pourcentage va dans le sens des résultats de la littérature (soit entre 20 et 40% des sujets dialysés) [5, 12, 13].

Ces dysfonctions sexuelles masculines sont de double origine : organiques et psychogènes :

- Les principales causes organiques sont les perturbations endocriniennes (baisse de la testostéronémie), la neuropathie urémique, l'atteinte tissulaire liée à l'IRC et les prises médicamenteuses [22, 27].

- La perte de l'estime de soi et le syndrome anxio-dépressif sont les étiologies psychiatriques les plus incriminées [5].

Chez les femmes : pour les différents troubles sexuels observés, nos résultats rejoignent ceux de la littérature [6, 8, 12] sauf pour les

troubles de l'excitation sexuelle et l'anorgasmie [6, 15] ayant une fréquence beaucoup plus élevée (respectivement 78,8 %, 38,4 %). Bien que le pourcentage des femmes inactives sexuellement était inférieur à celui des hommes (soit 20% versus 32 %), la qualité de la sexualité semble plus altérée que celle du sexe masculin, avec une diminution de plaisir qui touche plus des trois quarts des cas (76,19%). Des résultats similaires étaient aussi rapportés par la littérature [12, 15].

3- Couples et information sexuelle :

La majorité des patients (72,72%) n'ont pas discuté avec leurs partenaires leurs difficultés sexuelles. Cette absence de dialogue à propos de la sexualité a été aussi rapportée par la littérature [5, 6]. Malgré cette absence de discussion entre couples, plus de la moitié de notre population (56,9%) avaient signalé que leurs conjoints étaient compréhensifs par rapport à leurs difficultés sexuelles.

Les troubles sexuels du dialysé peuvent être à l'origine de problèmes affectifs au sein du couple. Une prise en charge du couple par un psychologue, un sexologue ou un psychiatre peut alors s'avérer très utile pour lever les malentendus, les conflits et les culpabilités.

La majorité de nos patients (81,81%) n'avait pas abordé le sujet de leurs difficultés sexuelles avec leurs médecins traitants. Selon la littérature, beaucoup de patients n'en parlent pas à leurs médecins et inversement. Ces troubles constituant en fait un sujet tabou, sont sous-déclarés et sous-traités, ce qui rend plus difficile leur prise en charge [5, 6].

Face à ces dysfonctions sexuelles, une prise en charge adéquate implique de consacrer du temps, d'utiliser des techniques de dialogue, de dédramatiser et de prendre en compte la dimension du couple et la dimension psychologique, afin de ne pas traiter juste le symptôme [5, 36]. Le médecin néphrologue peut être l'interlocuteur privilégié car la confiance et la relation avec le patient seront améliorées. Cependant, il faut savoir orienter vers un spécialiste quand cela est nécessaire [5].

• Etude analytique :

Seuls les facteurs de corrélation positive avec l'altération de la sexualité seront discutés dans notre travail (Tableau 2) :

- L'âge supérieur ou égal à 55 ans ($p=0,0001$) : selon la littérature, l'âge était le principal facteur de risque de développer une dysfonction sexuelle même en dehors de toute pathologie organique ou psychiatrique [34, 37]. Ceci pourrait être attribué en partie aux modifications hormonales associées à l'avancée en âge [34].

De nombreuses études ont montré une corrélation significative entre l'altération de la sexualité chez les sujets dialysés et l'âge [5, 8, 10, 11, 13, 15, 14, 38] et ceci est valable pour les deux sexes [37, 38].

- Les ATCDs personnels médicaux : des corrélations positives ont été mises en évidence avec la diminution de la fréquence hebdomadaire des rapports sexuels ($p=0,043$) et l'insatisfaction de la qualité de la sexualité ($p=0,032$). Plusieurs études avaient retrouvé des résultats similaires [8, 11].

Parmi les pathologies les plus pourvoyeuses de dysfonctions sexuelles chez les sujets sous dialyse : les pathologies cardio vasculaires [8,15] et le diabète [10]. Ces deux pathologies, les plus représentées parmi les antécédents médicaux dans notre échantillon (30% d'hypertension artérielle et 24% de diabète) sont à la fois un facteur de risque et un facteur aggravant pour la dysfonction sexuelle chez les sujets dialysés [5].

En dehors de toute insuffisance rénale, les diabétiques font trois fois plus de dysfonction sexuelle que la population générale [10]. Selon certaines études [39, 40], seul le diabète, comme cause d'IRC est corrélée à une fréquence élevée de DE.

- Les données de la néphropathie : seuls trois facteurs concernant la néphropathie étaient corrélés positivement à l'altération de la sexualité : une durée d'évolution supérieure à 5ans ($p=0,007$), un délai d'hémodialyse supérieur ou égal à 1 an et demi ($p=0,04$) et l'origine diabétique et hypertensive de la néphropathie ($p=0,004$). Ces corrélations positives ont été aussi rapportées par la littérature [5, 11, 15, 26, 38].

- La dépression et /ou l'anxiété (respectivement $p=0,009$ et $p=0,0074$) : ces facteurs de risque importants pour la survenue de dysfonctions sexuelles étaient aussi retrouvés dans différentes études tunisiennes [15], marocaines [7, 24] et occidentales [38, 41, 42] et ceci pour les deux sexes [38].

Ce phénomène est auto-entretenu. En effet, l'absence de vie sexuelle chez les dialysés altère à son tour leur qualité de vie et renforce la dépression [43].

Parmi ces troubles sexuels, la littérature a souligné essentiellement l'implication de l'anxiété et de la dépression comme étiologies classiques de DE au sein de la population générale et comme facteurs prédictifs de ce trouble notamment chez les dialysés [15, 22].

- La qualité de vie : l'étude de la répartition des scores moyens pour chaque dimension (SMD) a révélé une baisse touchant particulièrement et par ordre décroissant (Tableau 1) : le statut professionnel, le fardeau de la maladie rénale, la qualité de l'activité sexuelle et les effets de la maladie rénale.

Selon la littérature, ce sont les mêmes dimensions qui sont les plus touchées [9]. En effet, en plus du fardeau de la maladie rénale, l'hémodialyse elle-même altère considérablement la qualité de vie des patients. Ceci pourrait être expliqué par l'état de dépendance vis-à-vis de la machine, du médecin, de l'infirmière, voire du conjoint et aussi par les difficultés d'acceptation et d'adaptation à la dialyse qui peuvent être liées aux contraintes de ce traitement et à la nécessité de suivre plusieurs recommandations : préserver l'abord vasculaire indispensable à la dialyse, limiter les aliments riches en potassium ainsi que les consommations de liquides.

Une corrélation positive avec l'altération de la sexualité a été mise en évidence à partir d'un SMG inférieur ou égal à 45 ($p=0,0007$). Cette corrélation positive a été trouvée pour trois dimensions : fardeau de la maladie ($p=0,002$), effet de la maladie rénale ($p=0,0034$) et la dimension symptômes et problèmes de santé ($p=0,046$). Ces résultats sont comparables à ceux de la littérature, rapportant que chez ces hémodialysés, la qualité de vie est dépendante de façon significative de la vie sexuelle. Il s'agit d'une relation bidirectionnelle entre deux dimensions qui se compliquent mutuellement [9, 44].

CONCLUSION

L'IRC et en particulier l'hémodialyse ont un retentissement important au niveau de plusieurs domaines de la vie des patients. La sexualité est l'un de ces domaines les plus touchés. La prévalence des troubles sexuels chez ces hémodialysés est élevée avec de nombreux facteurs impliqués dans leur survenue.

Malgré la haute fréquence des dysfonctions sexuelles, ce problème

reste toujours un sujet tabou, très peu discuté entre les deux partenaires et peu abordé avec le médecin traitant. Ceci témoigne du besoin d'accompagner ces patients dans leurs parcours de soin pour les aider à vivre au mieux leur vie avec la

maladie et la dialyse.

Une collaboration entre néphrologues, psychiatres et sexologues se situant à différents moments, avant la mise en dialyse, nous semble indispensable.

Références

1. Haute Autorité de Santé (HAS). Évaluation médico-économique des stratégies de prise en charge de l'insuffisance rénale en France. Service évaluation économique et santé publique 2010.
2. Ministère de la santé marocaine. Registre de l'Insuffisance Rénale Chronique Terminale 2010.
3. Haddoum F. Nous devons inventer le modèle algérien de transplantation d'organes. Santé-MAG 2012 ; 8 : 37-39.
4. Ben Maiz H. La néphrologie en Tunisie : d'hier à aujourd'hui. Néphrol Ther. 2010 ; 6 : 173-178.
5. Association trans-form. Mieux vivre avec une maladie rénale chronique. Néphrol Ther 2009 ; 5 : 161-168.
6. Lahlou S, Hbali G., Fadili W et al. Troubles sexuels chez les femmes hémodialysées. Néphrolo Ther 2011 ; 7 : 301-343.
7. Zbiti N., Beraïss N., Ould Mohamed A. et al. Troubles gonadiques chez l'hémodialysé chronique de sexe masculin. J Maroc Urol 2010 ; 20 : 11-13.
8. Peng YS, Chiang CK, Kao TW et al. Sexual dysfunction in female hemodialysis patients: A multicenter study. Kidney International 2005 ; 68 : 760-765.
9. Nasr M, Hadj Ammara M, Khammouma S et al. L'hémodialyse et son impact sur la qualité de vie. Néphrol ther 2008 ; 4 : 21- 27.
10. Mumtaz A, Anees M., Barki MH., et al. Erectile dysfunction in hemodialysis patients. J Ayub Med coll Abbottabad 2009; 21 : 4-7.
11. Martin- Díaz F, Reig-Ferrer A, Ferrer - Cascales R. Sexual functioning and quality of life of male patients on hemodialysis. Nephrol 2006 ; 26: 452-60.
12. H Wissem, B.M. Khaled, M. Faouzi et al. Les troubles sexuels chez les insuffisants rénaux chroniques. Prog Urol 2010 ; 20 : 679- 682.
13. Avakoudjo J., Paré A, Vigan J et al. Dysfonction érectile chez les patients hémodialysés de Cotonou, République du Bénin. Rev Épidem Santé Pub 2012 ; 60 : 97- 148.
14. Dahaba M., Seck SM, Niang A et al. Prévalence de la dysfonction érectile chez les dialysés au Sénégal, Néphrol Ther 2010 ; 6 : 411-436.
15. Sahtout W., Hmida W, Azzabi A et al. Troubles sexuels chez les insuffisants rénaux chroniques dialysés et chez les transplantés rénaux: à propos de 137 cas. Néphrol Ther 2011 ; 7 : 403.
16. Frantzen L, Ruospo M. , Vecchio M et al. Dépression et maladies rénales chroniques. Néphrol Ther 2012 ; 8 : 390-413.
17. Fleury D. Troubles sexuels et troubles de la fertilité chez le patient insuffisant rénal chronique. Nephrogène 2003 ; 33 : 18 - 19.
18. Sayin A, Mutluay R., Sindel S. Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis, and transplantation patients. Transplant Proc 2007; 39 : 3047-53.
19. Sklar AH, Riesenber LA, Silber AK et al. Postdialysis fatigue. Am j kidney Dis 1996 ; 28 : 732- 6.
20. Guedri Y. Évaluation de la qualité vie en dialyse péritonéale. Néphrol Ther 2012 ; 8 : 390 - 413.
21. Merkus MP, Jager KJ, Dekker FW et al. Physical symptoms and quality of life in patients on chronic dialysis: results of the netherlands cooperative study on adequacy of dialysis (necosad). Nephrol dial transplant 1999 ; 14:1163- 70.
22. Phé V., Roupret M., Ferhi K et al. Etiologie et prise en charge de la dysfonction érectile chez l'insuffisant rénal chronique. Prog Urol 2009 ; 19 : 1-7.
23. Cardenas DD, kutner NG. The problem of fatigue in dialysis Patients. Nephron 1982; 30 : 336 - 40.
24. Houssaini TS, Ramouz I, Fathi Z, et al. Troubles anxio-dépressifs et qualité de l'hémodialysé. Néphrol Ther 2005 ; 1 : 31-37.
25. [25] Venkat A , Kaufmann KR, Venkat KK. Care of end-stage renal disease patients on dialysis in the ED. Am j emrg med 2006; 24 : 847-58.
26. Ghoussoub K, Mallat S, Topouchian D et al. Etude des facteurs de risque de limitations fonctionnelles permanentes chez 210 patients hémodialysés. J Med Liban 2009 ; 57 : 237- 42.
27. Kleinclauss F, Kleinclauss C, Bittard H. Dysfonction érectile chez les patients insuffisants rénaux et transplantés rénaux. Prog Urol 2005 ; 15: 447- 56.
28. Cukor D, Peterson RA, Cohen SD et al. Depression in end-stage renal disease hemodialysis patients. Nat Clin Pract Nephrol 2006 ; 2 : 678- 87.1
29. Pourmand G, Emamzadeh A, Moosavi S et al. Does renal transplantation improve erectile dysfunction in hemodialysed patients ? What is the role of associated factors ? Transplant Proc 2007 ; 39 : 1029-32.
30. Untas A., Cazenave N, Chauveau P et al. Effet d'une séance d'hypnose sur l'état anxio-dépressif et la fatigue de patients en hémodialyse : une étude préliminaire. Néphrol Ther 2011 ; 7 : 304-305.
31. Zamd M, Farh M, Hbid O et al. Troubles sexuels chez 78 hémodialysés chroniques marocains de sexe masculin : étude clinique et endocrinienne. Ann. Endocrinol 2004 ; 65 : 194 -200.
32. Stroumzaa P. Frantzen L , Ruospo M et al. Le syndrome dépressif en hémodialyse : une étude transversale multicentrique. Néphrol Ther 2010 ; 6 : 281-299.
33. Bouattar T., Benamar I., Ouzeddoun N., et al. La dysfonction érectile chez les transplantés rénaux. J maroc urol 2009 ; 15 : 11-14.
34. Droupy S. Épidémiologie et physiopathologie de la dysfonction érectile. Ann Urol 2005 ; 39 : 71-84.
35. Dogan E, Erkoc R, Eryonucu B, et al. Relation between depression, some laboratory parameters, and quality of life in hemodialysis patients. Ren Fail 2005; 27: 695 - 9.
36. Quéryn S, Clermont MJ, Goudable CD et al. La communication médecin-malade en néphrologie. Néphrol Ther 2011 ; 7 : 201-206.
37. Lue TF, Basson R, Rosen R, et al. Sexual medicine : sexual dysfunction in men and women. 2nd international consultation on sexual dysfunction. Paris : Éditions 21; 2004.
38. Stroumzaa P. Frantzen L , Ruospo M et al. La dysfonction érectile en hémodialyse : une étude transversale multicentrique. Néphrol Ther 2010; 6: 411-436.
39. Rosas S.E., Joffe M., Franklin E., et al. Prevalence and determinants of erectile dysfunction in hemodialysis patients. Kidney Int 2001 ; 59 : 2259-2266.
40. Bemelmans B.L., Meuleman E.J., Doesburg W.H., et al. Erectile dysfunction in diabetic men: the neurological factor revisited. J. Urol 1994 ; 151 : 884-889.
41. Untas A, Aguirrezabal M, Chauveau P et al. Anxiété et dépression en hémodialyse : validation de l'hospital anxiety and depression scale (hads). Néphrol Ther 2009 ; 5 : 193- 200.
42. [Neto AF, Freitas Rodrigues MA, Saraiva Fittipaldi JA et al . The epidemiology of erectile dysfunction and its correlates in men with chronic renal failure on hemodialysis in Londrina, southern Brazil. Int J Impot Res 2002 ; 14 : 19-26.
43. Steele T.E., Wuerth D., Finkelstein S., et al. Sexual experience of the chronic peritoneal dialysis patient. J. Am. Soc. Nephrol 1996 ; 7 : 1165-1168.
44. Basraouia M., Balamane H, Lidbi S et al. Anxiété et dépression en hémodialyse Néphrol Ther 2010 ; 6 : 411-436.